（様式１３）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証再交付申請書

公費負担医療の受給者番号			
氏名（ふりがな）			
生年月日	年　月　日	性別	男・女
住所	（〒　　）		
再交付が必要な理由	□ 汚損したため □ 紛失したため □ その他	（その他の場合の具体的な理由）	

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の再交付を申請します。

年　月　日

申請者氏名
（代理人の場合は代理人の氏名を記載してください。）

□ 上記の者を代理人と定め、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証の再交付に係る申請手続きを委任します。

委任者（参加者）氏名

香川県知事　殿

県事務処理欄

受付年月日	年　月　日
決裁年月日	年　月　日
再交付年月日	年　月　日

決裁							担当